

.....
(miejsowość i data)

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

OŚWIADCZENIE
Uczestnika Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023
dotyczące wskazania osoby

I. Ja niżej podpisany, oświadczam co następuje:

1. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” edycja 2023.
2. Zostałem/am poinformowany/a, o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi opieki wytchnieniowej.
4. Jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu, nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych
5. Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu będzie dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług w miejscu ich realizacji.

II. W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa ” – edycja 2023, wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia w/w wsparcia dla:

.....
Dane i adres osoby mającej pełnić usługę opieki wytchnieniowej:

.....
Telefon osoby mającej pełnić usługę opieki wytchnieniowej :

.....

Wnoszę o realizację usług opieki wytchnieniowej w wymiarze godzin.

1. Ponadto oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

2. Oświadczam, że osoba wskazana przeze mnie do pełnienia usługi opieki wytchnieniowej:

posiada dokumenty potwierdzające uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej)pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej,

posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.

3. Ponadto oświadczam, że osoba niepełnosprawna nad którą sprawuję całodobową opiekę **korzysta / nie korzysta** z ośrodka wsparcia / *niewłaściwe przekreślić*

Jeśli korzysta proszę wpisać ośrodek

.....

Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Pouczenie:

Art. 233 kk - § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 8 - § 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5

.....
Podpis opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej

„Opieka wychnieniowa” – edycja 2023
program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego